
75 ans au service des enfants: l'Hôpital de Montréal pour enfants

DENISE ROBILLARD

En janvier dernier, le maire de Montréal, M. Jean Drapeau, inaugurerait les célébrations prévues pour marquer le 75^e anniversaire de l'Hôpital de Montréal pour enfants, mieux connu sous son nom d'origine, "The Children's Memorial Hospital". Diverses activités sociales et éducatives auront lieu tout au cours de l'année pour mieux faire connaître au public la contribution sociale de cet établissement pédiatrique dont le souci a été et demeure encore de "traiter au mieux l'enfant et la famille."

Clientèle multiraciale

Dès 1904, une clientèle bilingue et multiconfessionnelle a fréquenté cette institution vouée plus particulièrement aux enfants anglophones. Au fil des ans, le multiculturalisme s'est inscrit dans sa vie quotidienne au gré des migrations successives qui ont amené à Montréal italiens, grecs, espagnols, portugais, hongrois, chinois, égyptiens, hollandais, allemands, chiliens et vietnamiens. "C'est la clientèle qui commande la langue du travail", fait remarquer le Dr John Charters, directeur général de l'hôpital. On dispose d'une liste impressionnante de médecins de l'hôpital capables de comprendre ou de parler plus de 20 langues différentes, arabe, yiddish, chinois ou croate... La loi 101 n'a donc pas créé grand remous à ce sujet.

Quelles sont les priorités actuelles de l'Hôpital de Montréal pour enfants? On veut mettre davantage l'accent sur l'éducation et sur la santé de la famille, de dire le Dr Charters. On travaille à l'élaboration d'un projet de vidéo à l'intention des parents en salle d'attente. A la suite de l'adoption de la nouvelle loi pour la protection de la jeunesse, un comité de protection de la jeunesse a été mis sur pied à l'hôpital afin de venir en aide aux familles qui ont besoin d'assistance. Le 75^e anniversaire sera

l'occasion de renforcer les objectifs et les attitudes de tout le personnel et aussi de repenser les besoins des enfants à la lumière de l'évolution actuelle. "Il existe ici une longue tradition de dévouement à l'enfance", d'ajouter le Dr Charters, qu'il faut maintenir et perfectionner toujours davantage.

L'Hôpital de Montréal pour enfants étant un hôpital universitaire (affilié à l'Université McGill), les soins, l'enseignement et la recherche y reçoivent une égale attention. Le centre de recherche en génétique jouit d'une renommée internationale et bénéficie d'octrois du Conseil de recherches médicales du Canada. On y trouve un centre dynamique de traitement pour hémophiles; le service de métabolisme poursuit un programme de recherches intensif sur le diabète mellitus; les activités de recherche du service de médecine néo-natale sont axées sur la pharmacologie appliquée au développement et sur la thérapie néo-natale par médicaments; le centre de traitement de la thalassémie oeuvre en collaboration avec le National Institute of Health (NIH) de Bethesda, au Maryland (USA); les services à domicile reçoivent une attention particulière et leur mise au point contribue à réduire les séjours à l'hôpital; la psychiatrie de l'adolescence fait l'objet de recherche. A cela s'ajoutent des services spécialisés pour les enfants atteints de paralysie cérébrale ou présentant des troubles de comportement.

Besoins des familles

Comment entrevoit-on l'avenir de l'hôpital? D'abord, déclare le Dr Charters, on veut intensifier la vie scientifique, et parvenir à une meilleure connaissance des besoins sociaux des enfants et des familles. On souhaite tout particulièrement réaliser des progrès dans la relation d'aide et d'éducation auprès des parents.

C'est sur la prévention que l'on veut concentrer les efforts, en tirant parti des découvertes scientifiques ou génétiques acquises. Il s'agit d'un type bien défini de prévention à partir d'une meilleure compréhension du rôle de la famille dans la société, et destinée à aider les enfants à affronter les divers problèmes qui les attendent.

Bon nombre de problèmes d'ordre physiologique sont assez facilement contrôlés aujourd'hui, précise le Dr Charters, mais on en oublie les autres aspects, or la majorité des problèmes sont d'abord d'ordre émotionnel, et on a encore peu de choses à dire à ce sujet. C'est en ce sens que l'on veut poursuivre la recherche. Le Dr Charters souligne l'existence d'un projet de recherche sur le rôle de l'hôpital pour enfants entrepris par l'Institut canadien de santé de l'enfant (Ottawa) et dont les visées sont d'encourager la réflexion sur des problèmes jusqu'à présent délaissés comme la nutrition, et sur les moyens d'aider les parents à s'occuper adéquatement de leurs enfants. Ce rôle d'intermédiaire entre la société et la famille, le personnel de l'hôpital tâche déjà de l'assumer mais des voies nouvelles et mieux balisées restent à découvrir et à explorer.

L'établissement d'une clinique externe pour les adolescents remonte à 1961. Il s'agissait d'un précédent au Canada. S'inspirant de l'expérience américaine soucieuse d'envisager de façon globale les besoins médicaux et biosociaux de cette couche de la population, son premier directeur, le Dr John Elder entrevoyait les objectifs suivants: prodiguer des soins médicaux complets, entreprendre une recherche sur les maladies qui surviennent à l'adolescence, servir d'agent de liaison et d'aviseur médical auprès des agences qui s'occupent des adolescents, donner à ces derniers l'occasion de comprendre le rôle du personnel médical et d'envi-

sager adéquatement leurs propres problèmes et ceux de leur famille, servir de ressource d'enseignement pour les divers professionnels de la santé.

Une clinique d'obstétrique et de gynécologie fut créée en 1968. Sans préconiser de philosophie particulière — "non-judgmental approach" — et sans se substituer aux adolescents qui les consultent, les responsables de l'Unité apportent une attention personnalisée et tiennent compte du contexte global de vie de chacun. On se refuse à juger les adolescents, précise l'actuel directeur, le Dr Michael Westwood. Une équipe multidisciplinaire composée de médecins, de pédiatres, de gynécologues, d'une équipe de consultation en psychiatrie, d'une infirmière et de travailleurs sociaux, s'applique à établir un dialogue empreint d'humanité et de sensibilité afin de détecter chez les adolescents les symptômes d'ordre émotif qui sont souvent sous-jacents à des désordres physiques.

Ce n'est pas toujours à l'ignorance des méthodes de contraception qu'il faut imputer la grossesse chez les adolescentes, fait remarquer le Dr Westwood. Très souvent, elle constitue une forme de contestation et de provocation à l'égard de la famille. Que l'adolescente choisisse l'avortement ou décide de mener sa grossesse à terme, elle est suivie assidûment, seule, en groupe, en présence des parents, du petit ami ou de toute autre personne importante pour elle. D'un façon générale on cherche à aider l'adolescent à voir clair en lui-même, à reconnaître sa situation conflictuelle, que ce soit à l'école, au foyer ou devant la loi et on l'incite à prendre une décision et à adopter un comportement responsable.

Une nouvelle approche

Des études se poursuivent sur les effets à court et à long terme de l'avortement chez les adolescentes et sur les mères adolescentes et leurs bébés. On estime qu'une meilleure compréhension des causes de la grossesse à l'adolescence permettrait une nouvelle approche de ce problème.

La clientèle de l'Unité pour ado-

lescents ne fait que croître; la clinique médicale qui recevait 553 patients en 1965 voyait ce nombre dépasser les 1700 en 1978. Il en vient environ 4000 par année à la clinique externe. Ces jeunes proviennent surtout de milieux défavorisés.

A la suite d'une étude qui a démontré que les services de santé dispensés aux adolescents dans les écoles spécialisées, écoles de réforme et centres de détention du Québec étaient inadéquats et que personne n'en était responsable, les responsables de l'Unité ont décidé d'établir une clinique à Weredale House pour répondre aux besoins médicaux des jeunes qui y sont détenus. Outre ce projet en voie de réalisation, l'Unité reçoit régulièrement les jeunes de la Boys and Girls' Farm de Shawbridge, de Boys and Girls Cottage School de St-Bruno et de Emergency Shelter de Montréal. On s'intéresse également à l'alcoolisme chez les jeunes.

En 1951, le Dr Howard Oliver, orthodontiste, se joignait à l'équipe médicale attachée aux soins et à la chirurgie pour les enfants ayant des fentes labiales ou palatines. A partir de 1961, on était en mesure de pratiquer l'orthodontie néo-natale. A cette fin, le Dr Oliver a conçu, en modifiant un concept du Dr Kerr McNeil, un palais artificiel qui ressemble à une prothèse dentaire supérieure sans dents. Ce dispositif est exécuté à partir de l'empreinte du palais de l'enfant et installé avant la première tétée; il permet de nourrir le bébé de façon plus naturelle et prévient la régurgitation par le nez. En maintenant l'arcade dentaire en bonne position et en prévenant l'affaissement éventuel du palais, il simplifie de beaucoup l'intervention chirurgicale ultérieure.

Il ne faut pas oublier, fait remarquer la coordonnatrice clinique, Mlle Vivienne Halkes, le soutien psychologique apporté du même coup aux parents qui peuvent dès le début, compter sur une aide tangible. Avant que la lèvre ne soit corrigée, vers 2½ mois, on prend une nouvelle empreinte et on remplace la prothèse à deux ou trois reprises. La correction de la fente palatine se fait entre 12 et 18 mois.



75 ans de service.

Si l'on considère que les enfants affligés de ces malformations doivent être suivis durant environ 17 ans, on imagine ce que cela réclame de motivation et de persévérance de la part des parents. C'est auprès d'eux d'abord que se fait le travail. La coordonnatrice tente de leur donner toute l'information voulue touchant la malformation elle-même, le traitement chirurgical, les soins d'hygiène particuliers, l'alimentation, etc. "Nous insistons, de dire Mlle Halkes, pour que les parents considèrent leur enfant comme un enfant normal, ce qu'il est en réalité"; une fois rassurés, les parents sont mieux en mesure de préparer l'enfant à son insertion progressive à la société tout au long du processus de traitement. Depuis 1956, une brochure rédigée dans les deux langues et qui en est à sa 3e édition est mise à la disposition des parents.

Une équipe multidisciplinaire spécialisée composée de pédiatres, d'audiologistes, d'otolaryngologistes, d'orthodontistes et d'orthophonistes s'emploie à assurer le développement normal de l'enfant. Une attention particulière est apportée aux problèmes d'audition (environ 50% des enfants atteints de malformations) et

**The Royal College of Physicians
and Surgeons of Canada**

Examinations

The examinations of the Royal College are held in September of each year. Candidates wishing to sit for the examinations should note the following:

1. Every candidate for admission to the examinations must submit an application for assessment of training.

2. Candidates in training in Canada should apply for preliminary assessment of training at least one year before the date on which they expect to sit for the examinations, that is to say not later than September 1st of the preceding year. Candidates who have had training outside of Canada should submit their initial application for assessment at least eighteen months before they expect to sit for the examinations, that is by March 1st of the preceding year. Only candidates whose assessment of credentials is complete will be accepted to sit for the examinations.

3. Candidates who desire to sit for an examination, having complied with the above requirement of preliminary assessment of training, must notify the College in writing of their intent before February 1st of the year of the examination. Upon receipt of this notice of intent, the evaluation of the candidate's performance during training will be added to the previously completed assessment of credentials. Each candidate will then receive notification as to eligibility together with an application form for admission to the examination which he will complete and return.

4. The following documents may be obtained from the College office:

- (a) Application forms for assessment of training.
- (b) General Information booklet on training requirements and examinations.
- (c) Specific requirements for training and regulations relating to the examinations of each specialty. Requests should indicate the specialty or specialties of interest to the applicant.
- (d) Listing of specialty training programmes in Canada accredited by the College.

5. Address all enquiries to:

**Division of Training and Evaluation
ROYAL COLLEGE OF PHYSICIANS
AND SURGEONS OF CANADA
74 Stanley Avenue
Ottawa, Ontario K1M 1P4
Tel.: (613) 746-8177**

à l'hygiène dentaire. Au cours des 5 dernières années, on a reçu chaque année environ 22 nouveaux-nés. Le nombre total des patients est passé de 728 en 1968 à 452 en 1977, 70 d'entre eux ayant subi une intervention chirurgicale de la lèvre ou du palais alors que l'orthodontiste recevait 639 visites. L'équipe médicale participe régulièrement aux congrès spécialisés, poursuit des projets de recherche et en publie les résultats.

Les heures de loisir

Mlle Carolyn Larsen, responsable du Service d'intégration et de développement (SID) déclare qu'une étude récemment effectuée à l'hôpital a démontré que seulement 6% du temps des enfants hospitalisés est consacré aux soins et traitements médicaux; en tenant compte du temps consacré au sommeil, aux repas, à la toilette, etc., il reste 30% de temps libre. Le SID s'emploie à meubler de façon constructive ces heures de loisir. On comprend l'importance particulière d'un tel service dans les cas d'hospitalisation prolongée. Dans ce secteur également, l'Hôpital de Montréal pour enfants a fait oeuvre de pionnier. Ces préoccupations étaient déjà présentes au moment de la fondation et en 1936, le service, un des premiers en Amérique du Nord, était structuré. Depuis 1977, il intègre les activités de récréation et les activités scolaires.

L'objectif de ce service est de répondre aux besoins d'ordre émotionnel de l'enfant, d'assurer son développement harmonieux pendant son hospitalisation et de garder le contact avec ses activités scolaires régulières et même de poursuivre ses études si son état le lui permet. Les professeurs affectés à cette tâche communiquent avec l'école de l'enfant et supervisent son programme. Souvent la salle de jeu devient laboratoire thérapeutique et constitue un facteur important de réhabilitation. Les éducatrices rencontrent les parents et tentent de les impliquer dans le processus d'adaptation. Des salles spéciales sont affectées à ces activités et on a même aménagé un terrain de jeux avec un carré de sable sur le toit de l'hôpital.

Outre le personnel régulier qui comprend un directeur, une secrétaire, une douzaine de travailleurs à plein temps, et des travailleurs à temps partiel durant les fins de semaine, et sept professeurs, le service peut compter sur environ 225 bénévoles chaque année et sur des étudiants en éducation spécialisée qui viennent y faire des stages de 15 semaines (6 cette année, et 3 de niveau pré-scolaire). Les parents peuvent toujours participer aux activités de leur enfant. L'objectif ultime que l'on poursuit au SID est d'assurer une réintégration au sein de la famille et de la société qui soit aussi harmonieuse que possible.

Depuis 1964, l'Hôpital de Montréal pour enfants dispose d'un service de soins à domicile pour des malades chroniques exigeant des traitements spécialisés. En 1968, le Dr Hanna Strawczynski dut faire face à une pénurie de lits et à des problèmes d'espace et songea à réorganiser le Service. On réalisa que les 10 ou 12 hémophiles admis chaque année pourraient bénéficier avec avantage d'un programme de soins à domicile et un projet pilote fut mis sur pied. Après deux ans, les parents avaient appris à administrer les injections; les membres du Service restent en relation avec la famille et assurent la coordination des soins. Les séjours à l'hôpital ont été raccourcis et on a entrepris des démarches avec la communauté afin d'assurer une meilleure intégration de ces malades chroniques dont on continue à s'occuper à l'âge adulte.

Service de consultation

En 1972, poursuit Mlle Mabel Gaul, infirmière en chef du service, on a songé aux patients souffrant d'asthme sévère. On s'est d'abord appliqué à bien informer les parents afin de les rassurer et de les mettre en mesure de contrôler l'environnement de l'asthmatique, de connaître les incidences psychologiques et la médication de cette maladie. Un service de consultation téléphonique de 24 h, assumé par les infirmières responsables de ces enfants, est accessible en cas de crises.

En 1974, c'était au tour des enfants atteints de thalassémie, cette maladie génétique qui atteint surtout des grecs et des italiens et qui exige de nombreuses transfusions de sang, de devenir patients externes et de bénéficier du service de soins à domicile. Grâce à un projet de recherche poursuivi en collaboration avec le NIH de Bethesda, ces malades sont soumis à un traitement spécial par injection qui dure 12h par jour, 5 ou 6 jours chaque semaine. Ce traitement, mis au point par le Dr Arthur Nienhuis du NIH, est connu sous le nom de "Iron chelation program".

Les enfants atteints de dystrophie musculaire constituent peut-être, de dire Mlle Gaul, le groupe le plus négligé et celui qui exige le plus d'aide. A titre de patients externes, ils peuvent recevoir la supervision médicale, les conseils diététiques, l'équipement orthopédique et le counselling nécessaires. Il faut ajouter à ces services des camps d'été pour hémophiles organisés depuis le début des années 70, auxquels participent des membres du personnel médical et infirmier de l'hôpital, et qui permet à ces malades de jouir de vacances dans les Laurentides.

Disposant d'une équipe polyvalente, tant au point de vue des soins

que de la langue, le Service de soins à domicile s'occupe de tous les cas qui se présentent. On y fait une évaluation constante des besoins et des services, et lorsqu'on ne peut accepter de s'occuper d'un cas, on assure une solution de rechange au patient. On s'assure non seulement de la qualité des soins de santé, mais de l'ensemble des conditions de vie des enfants; ainsi verra-t-on à ce qu'ils puissent poursuivre aussi normalement que possible leurs études et que leur maladie ou leur handicap soit assumé tout en demeurant le plus autonome possible.

Respecter les personnalités

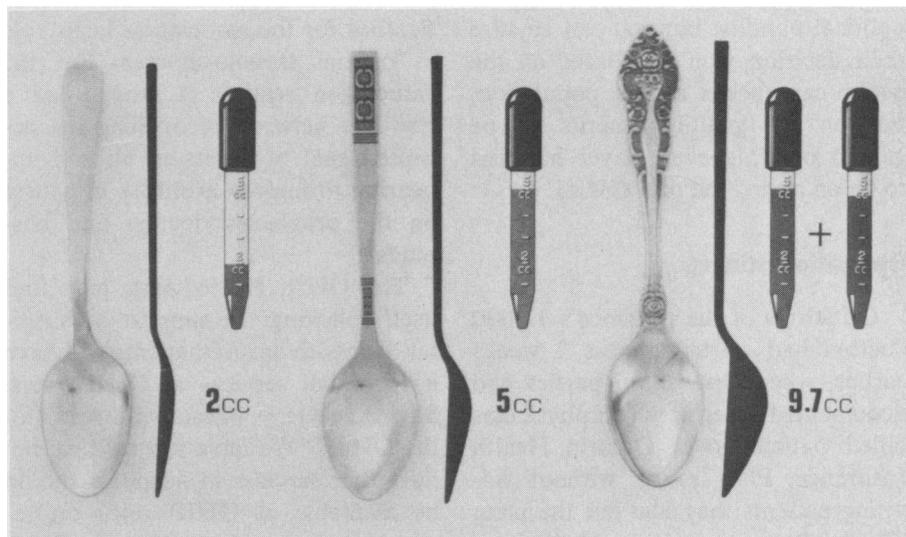
Il y aurait bien des choses à dire concernant le centre de traitement de jour et le centre de rééducation pour les enfants atteints de paralysie cérébrale. Retenons que dans les deux cas, on s'intéresse au développement intégral de l'enfant, qu'on dispense une thérapie personnalisée tout en visant une socialisation progressive et harmonieuse de chaque enfant. Pour cela, on cherche à impliquer les parents au programme de réadaptation et on tient compte de l'environnement et du milieu naturel de l'enfant.

Dans l'élaboration du programme de chaque enfant, on considère la personnalité des parents et de leurs autres enfants, les valeurs auxquelles adhère la famille et même l'organisation physique du foyer. Au besoin, on visite le milieu familial et on fait les démarches nécessaires auprès des maternelles ou des écoles pour s'assurer de la collaboration des éducateurs qui recevront les enfants pendant ou après la thérapie en milieu hospitalier. Des rencontres sont prévues avec les parents pour leur permettre de s'informer et de discuter aussi bien entre eux qu'avec les thérapeutes. De l'avis de la coordonnatrice de la clinique préscolaire pour la paralysie cérébrale, Mme Audrey Lowitz-Goldstein, la communication qui s'établit entre les professionnels, la communauté et la famille explique l'efficacité et le succès de ce programme, de même que la méthodologie adoptée qui allie thérapie, recherche et éducation, permet d'atteindre les objectifs visés. Ces activités, choisies entre bien d'autres, peuvent être poursuivies grâce à un personnel compétent, mais aussi grâce à une nombreuse équipe de bénévoles, de parents et de stagiaires qui y investissent temps et argent pour le mieux-être des enfants. ■

Teaspoons: dangerous to the health?

All teaspoons are not created equal. A recent study by the college of pharmacy at the University of Michigan shows that a variation of as little as 10% from a 5-ml teaspoon dose can result in a significant underdose or a toxic overdose of some medications. Yet the capacity of household teaspoons varies from 2 ml to 9.7 ml, a range of 485%. Differences in shape, depth and thickness ensure that selecting a 5-ml teaspoon is nearly impossible, according to a study by Apex Medical Supply Company Inc.

The capacity also depends on who is holding the spoon. According to the American Academy of Pediatrics committee on drugs "the same spoon can hold as little as 3 or as much as



7 ml, when different people do the pouring." The variation from too much to too little can be caused by a

number of things, including shaky hands and surface tension of the poured liquid. ■